Bijlage bij brief "Risicodragendheid zorgverzekeraars in 2016"

WOR 750

Betreft:	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2016
Van:	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum:	augustus 2015

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)[1] over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2016. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als 'uitgangsmodellen' – is in de Overall Toets 2016 doorgerekend.

Het (technische) advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2016 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 en 4 wordt dit advies onderbouwd.

2. Advies

De WOR adviseert dat voor de risicoverevening 2016:

- het model voor de somatische zorg wordt uitgebreid met criteria gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in het voorgaande jaar (t-1).
- de bestaande criteria farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), aard van het inkomen (AvI) en sociaaleconomische status (SES) worden geactualiseerd en verbeterd;
- het model voor de wijkverpleging uit dezelfde criteria bestaat als het model voor de somatische zorg;
- de criteria AvI en SES in het model voor de geneeskundige GGZ worden geactualiseerd en verbeterd;
- het criterium AvI in het model voor het verplicht eigen risico wordt geactualiseerd en verbeterd. Bij het onderscheid tussen de forfaitaire groep en de niet-forfaitaire groep wordt ook het criterium hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) betrokken.

De WOR heeft er kennis van genomen dat ten aanzien van de langdurige GGZ de forfaitaire variant niet is doorgerekend in de Overall Toets, maar adviseert die wel te betrekken bij de besluitvorming over de risicoverevening 2016, vanwege de betere verevenende werking. De WOR constateert dat toepassing van een model bestaande uit dezelfde criteria als het model voor de geneeskundige GGZ met daaraan toegevoegd een criterium gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar leidt tot een substantiële verbetering van de verevenende werking.

De ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg, wijkverpleging, de geneeskundige en langdurige GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2013 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2013. De WOR concludeert dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen voor 2016 op te baseren.

[1] De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van VWS over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het inhoudelijk beoordelen van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma, en vervolgens het adviseren van de minister van VWS over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel.

De WOR vraagt aandacht voor het toenemende aantal op het oog contra-intuïtieve uitkomsten (normbedragen met een verkeerd teken), die het gevolg zijn van de toenemende complexiteit van de modellen en de interactie tussen de diverse kenmerken. De WOR pleit daarom voor een fundamentele discussie over de verdere ontwikkeling van de vereveningsmodellen.

De onderbouwing van dit advies is opgenomen in hoofdstuk 3 en 4.

3. Modellen

In hoofdstuk 2 is het advies van de WOR voor de risicoverevening 2016 opgenomen. In dit hoofdstuk wordt hierop een toelichting gegeven. Per model (somatisch en wijkverpleging, geneeskundige en langdurige GGZ en het eigenrisicomodel) wordt steeds eerst een toelichting gegeven op het voorgestelde model. Daarna wordt gekeken naar de effecten van het gebruik van 2013-data in plaats van 2012-data en naar de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria. Tot slot komt de verevenende werking aan bod.

3.1 <u>Model voor somatische zorg en wijkverpleging</u>

3.1.1 Advies

In het bestuurlijk overleg over de ex ante risicoverevening is besloten dat voor de somatische zorg en voor de wijkverpleging hetzelfde model voor 2016 wordt gehanteerd. De WOR adviseert dat dit model bestaat uit:

- de bestaande criteria leeftijd x geslacht, HKG's, meerjarig hoge kosten (MHK), generieke somatische morbiditeit (GSM) en regio;
- geactualiseerde en verbeterde FKG's, waarbij:
  - de FKG Neuropatische pijn wordt gesplitst in de FKG Neuropatische pijn complex en de FKG Chronische pijn zonder opioïden;
  - de FKG Aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg wordt gesplitst in de FKG Multiple Sclerose en de FKG Overige aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg;
  - de FKG Reuma: TNF-alfaremmers wordt vervangen door de FKG Auto-immuunziekten (o.b.v. add-ons);
  - FKG's worden toegevoegd voor Psoriasis, voor Pulmonale Arteriële Hypertensie, voor Kanker (o.b.v. add-ons) en voor groeistoornissen (o.b.v. add-ons);
  - bij vijf FKG's (Schildklieraandoeningen; Psychose, Alzheimer en Verslaving; Depressie; Astma; Epilepsie) de DDD-grens voor jongeren wordt verlaagd van 180 naar 90.
- geactualiseerde en verbeterde DKG's, waarbij:
  - de Dxgroep voor chemotherapie wordt opgesplitst in 3 groepen;
  - bij de Dx groep voor radiotherapie DBC's die betrekking hebben op consults worden weggelaten en er twee DBC's met aanzienlijke meerkosten als aparte Dxgroep worden meegenomen;
  - circa 30 diagnose/behandelcombinaties naar een andere Dxgroep worden geplaatst;
  - ruim 10 diagnose/behandelcombinaties verwijderd worden op basis van medisch inhoudelijke argumenten en/of lage meerkosten;
  - nieuwe Dxgroepen worden toegevoegd vanwege de overhevelingen:
    - Dxgroep voor beperkte groep van fracturen bij 65+
    - Dxgroep voor CVA
    - Dxgroep voor dwarslesie bij revalidatiegeneeskunde;
  - nieuwe Dxgroepen voor kindergeneeskunde worden toegevoegd:
    - Dxgroep voor oncologie
    - Dxgroep voor morfologische afwijkingen
    - Dxgroep voor retardatie

    - toevoegen drie diagnose/behandelcombinaties voor epilepsie aan de bestaande Dxgroep voor epilepsie;
  - en nog 30 nieuwe Dxgroepen worden toegevoegd op basis van de overige diagnose/behandelcombinaties die eerder nog niet in een Dxgroep zaten (onder meer een nieuwe Dxgroep voor 50-plussers met pneumonie nno, urineweginfecties of pneumothorax);
- verbeterd criterium AvI met een aparte klasse voor duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA) en voor hoogopgeleiden (van 18-34 jaar);
- verbeterd criterium SES met een verdeling naar vier niveaus in plaats van drie en met onderscheid naar instromers en blijvers in institutionele huishoudens;
- een criterium gebaseerd op het al dan niet gebruiken van fysiotherapie in het voorgaande jaar;
- een criterium gebaseerd op het al dan niet gebruiken van wijkverpleging in het voorgaande jaar (met vier positieve klassen);
- een criterium gebaseerd op het gebruik van GRZ in het voorgaande jaar, waarbij (ex ante) de 'conversie', zoals beschreven in appendix E van de OT-rapportage (WOR 748) wordt uitgevoerd. Deze conversie is nodig, omdat met ingang van 2013 de DBC-systematiek van toepassing is. Tot en met 2012 is sprake van maandelijkse declaraties volgens de AWBZ-systematiek. Voor op 1 januari 2013 reeds lopende trajecten (gestart in 2012) is in 2013 een nieuwe DBC geopend.

De WOR heeft twijfels over de representativiteit van de data voor GRZ. iBMG heeft daarom na de OT het somatische Uitgangsmodel opnieuw geschat met conversie van GRZ(t) maar zonder het criterium GRZ t-1. Dit model levert voor de gebruikers van GRZ in het voorgaande jaar (na conversie) een verlies van 670 euro (voor variabel: +290 euro en voor V&V: -960 euro). Aangezien dit niet ver van het normbedrag van 707 euro (na conversie) ligt, concludeert de WOR dat de fout die mogelijk gemaakt wordt als het criterium GRZ t-1 wordt opgenomen, kleiner is dan de fout die gemaakt wordt als het criterium zou worden weggelaten. Daarom adviseert de WOR de geconverteerde GRZ t-1 in het model 2016 op te nemen.

De WOR constateert dat via het verfijnde criterium GSM[2] de compensatie van de onderscheiden subgroepen verbetert. De WOR constateert echter ook dat door de verfijnde GSM in totaal 1,2 miljard euro verschoven wordt, terwijl het per saldo 50 miljoen euro verbetering van het resultaat van de subgroepen oplevert. De verfijnde GSM heeft grote invloed op de normbedragen van andere criteria (meest opvallend is het normbedrag voor de FKG groeihormonen dat -1.700 euro wordt), waardoor de uitkomsten moeilijker te interpreteren zijn. De WOR vraagt zich daarom af of het middel niet erger is dan de kwaal en adviseert om de oude GSM te behouden en de verfijning niet door te voeren.

De WOR staat positief tegenover een nieuw criterium personen per adres (PPA), maar adviseert om dit criterium niet op te nemen in het somatische model 2016. Reden daarvoor zijn de contra-intuïtieve uitkomsten van de OT. De normbedragen voor alleenstaanden liggen voor alle leeftijd/geslachtgroepen lager dan die voor verzekerden uit meerpersoonshuishoudens, terwijl de kosten juist hoger liggen. Naast de toenemende complexiteit van het model en elkaar (deels) overlappende criteria kan dit te maken hebben met de wijze waarop het kenmerk is

[2] In het eerdere advies naar aanleiding van de pre-OT heeft de WOR gesteld positief te staan ten opzichte van de verfijning van het criterium GSM, maar - vanwege de verwachte uitvoeringstechnische risico's – geadviseerd het kenmerk niet te verfijnen. Inmiddels zijn oplossingen uitgewerkt om deze risico's te ondervangen.

geoperationaliseerd. De validiteit van het ontwikkelde criterium staat ter discussie.[3]

3.1.2 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het vereveningsmodel 2015 is doorgerekend op de nieuwe kostengegevens uit 2013 (representatief gemaakt voor 2016) en de uitkomsten zijn vergeleken met doorrekeningen van het vereveningsmodel 2015 op kostengegevens uit 2012 (representatief gemaakt voor 2015). Het effect van de nieuwe kostengegevens is dat bij het model voor de somatische zorg (en wijkverpleging) van 2012 op 2013 soms grote verschuivingen optreden in de normbedragen, vooral bij de DKG's, leeftijd/geslacht en FKG's.

De verschuivingen volgen globaal de ontwikkeling in gemiddelde kosten, en worden waarschijnlijk veroorzaakt door de uitbreiding van de variabele kosten met add-ons voor oncolytica, de expertproducten, de gewijzigde definitie van V&V, prevalentieveranderingen en verschuivingen in de normbedragen bij andere vereveningscriteria. Op individuniveau leiden de veranderingen in de data van 2012 op 2013 tot een toename van de verschillen in kosten en tot een verminderde aansluiting tussen normatieve en werkelijke kosten. Ook op subgroep- en verzekeraarsniveau is sprake van een verminderde aansluiting.

3.1.3 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

In het vereveningsmodel voor de somatische zorg en de wijkverpleging zijn verschillende criteria aangepast of nieuw in het model opgenomen. In de OT is de stabiliteit van deze criteria onderzocht.

De normbedragen van de aangepaste FKG's en DKG's vertonen op de 2013-data hetzelfde patroon als op de 2012-data. Ook komt de invloed op de normbedragen van de andere vereveningscriteria in beide jaren goed overeen. Toepassing van de nieuwe FKG's/DKG's leidt op zowel de 2012- als op de 2013-data tot verbeteringen van de verevenende werking. De verbeteringen op individuniveau zijn groter bij de analyse van 2012-kosten omdat de indeling van verzekerden bij enkele nieuwe FKG's (o.b.v. add-ons) is gebaseerd op het betreffende jaar en niet op het voorgaande jaar. De onderzoekers concluderen dat het patroon in de normbedragen voor de nieuwe FKG's en DKG's en de effecten op de verevenende werking stabiel zijn.

Ook de normbedragen van het nieuwe vereveningscriterium fysiotherapie t-1 vertonen op de 2013-data hetzelfde patroon als op de 2012-data. Wel neemt de invloed van het kenmerk af, mogelijk als gevolg van de grotere invloed van de DKG's. De invloed op de normbedragen van de andere vereveningscriteria komt goed overeen tussen beide jaren en ook het effect op de verevenende werking is in beide jaren gelijk. De onderzoekers achten het patroon in de normbedragen voor dit vereveningscriterium en de effecten op de verevenende werking stabiel.

Ook voor het verfijnde GSM-criterium geldt dat de normbedragen in beide jaren hetzelfde patroon vertonen. Het bereik van dit criterium neemt echter toe, mogelijk als gevolg van de uitbreiding van de variabele zorgkosten[4] en de

---

[3] Met de huidige definitie van PPA lijkt ook een sterfte-effect in jaar t gemeten te worden. Het adres bij PPA heeft in principe als peildatum 31-12-t, of anders het laatst bekende adres (bijvoorbeeld bij sterfte in t). In geval van een alleenstaande komt sterfte in jaar t met het kenmerk PPA vaak terecht bij een meerpersoonsadres door de peildatum van 31-12-t: nieuwe bewoner(s) in jaar t in het huis van de overleden persoon zorgen ervoor dat ook de overledene in jaar t op een meerpersoonsadres terechtkomt volgens PPA.

[4] Heeft ondermeer betrekking op de add-ons voor oncolytica. Deze lopen (in de OT) in 2013 mee in de variabele zorgkosten, maar in 2012 niet. De minister van VWS zal nog besluiten of deze kosten inderdaad volledig risicodragend worden.

gewijzigde V&V-definitie[5]. De verfijnde GSM heeft in beide jaren een beperkt effect op de verevenende werking, maar zorgt ervoor dat voor relevante risicogroepen het negatieve/positieve resultaat verdwijnt. Het patroon in de normbedragen voor de verfijnde GSM en de effecten op de verevenende werking zijn stabiel[6].

De normbedragen voor V&V t-1, geschat op 2013-data vertonen hetzelfde patroon als op 2012-data. Verschuivingen van 2012 op 2013 worden waarschijnlijk veroorzaakt door de gewijzigde V&V-definitie. Toevoeging van V&V t-1 leidt in beide jaren tot forse veranderingen in de normbedragen van de andere criteria. De veranderingen zijn groter in de 2013-data, mogelijk als gevolg van de gewijzigde V&V-definitie. Uitbreiding met V&V t-1 heeft in beide jaren een relatief sterke, positieve invloed op de verevenende werking. Verbeteringen op individuniveau worden vooral verklaard door een betere aansluiting van normatieve op werkelijke kosten voor V&V-zorg. Op verzekeraarsniveau loopt de verbetering van de uitkomsten uiteen. De onderzoekers concluderen dat het patroon in de normbedragen voor het vereveningscriterium V&V t-1 en de effecten op de verevenende werking stabiel zijn.

Bij GRZ t-1 is een conversie uitgevoerd. Deze conversie is nodig, omdat met ingang van 2013 de DBC-systematiek van toepassing is. Tot en met 2012 is sprake van maandelijkse declaraties volgens de AWBZ-systematiek. Voor op 1 januari 2013 reeds lopende trajecten (gestart in 2012) is in 2013 een nieuwe DBC geopend. De gewogen gemiddelde absolute verschillen in normbedragen tussen het uitgangsmodel met en zonder de conversie bedragen 2 euro.

De stabiliteit na conversie is niet onderzocht. De normbedragen voor GRZ t-1 voor conversie vertonen op de 2013-data hetzelfde patroon als op de 2012-data. Wel daalt het normbedrag van de groep met GRZ-gebruik in t-1 met ruim 12%. Toevoeging van GRZ t-1 heeft in beide jaren beperkte verdere wijzigingen in de normbedragen van de andere criteria tot gevolg en heeft vrijwel geen gevolgen voor de verevenende werking, anders dan dat het de verevenende werking voor de onderscheiden groepen verbetert. De conversie heeft geen grote effecten op de verevenende werking.

De normbedragen van de criteria AvI, SES en PPA vertonen op de 2013-data hetzelfde patroon als op de 2012-data. Wel treden relatief grote verschuivingen op van 2012 op 2013, vooral bij AvI. Met uitzondering van de bandbreedte (het verschil tussen het gunstigste en het ongunstigste resultaat per verzekerde tussen zorgverzekeraars) komt het positieve effect van de nieuwe AvI, SES en PPA op de verevenende werking goed overeen tussen beide datajaren. Op basis hiervan achten de onderzoekers het patroon in de normbedragen voor deze aangepaste criteria en de effecten op de verevenende werking stabiel.

3.1.4 Verevenende werking

Vrijwel alle kengetallen met betrekking tot de verevenende werking van het uitgangsmodel 2016 zijn beter dan die van het model 2015, met uitzondering van de bandbreedte. Op individuniveau nemen de R^2 en de CPM met circa 3,8 procentpunt toe en op subgroepniveau neemt de GGAA relatief af. Op verzekeraarsniveau neemt de R^2 toe en de GGAA af. Deze verbeteringen worden hoofdzakelijk veroorzaakt doordat het uitgangsmodel vooral de verschillen in de V&V-kosten veel beter weet te verklaren dan het model 2015, een direct gevolg van de toevoeging van het vereveningscriterium V&V t-1.

---

[5] Zie WOR 747 (Rapportage gegevensfase), paragraaf 2.5.5. voor een toelichting op deze wijziging.
[6] Dit neemt niet weg dat er nadelen aan deze verfijning kleven, die eerder in dit advies zijn toegelicht.

3.2 Geneeskundige GGZ

3.2.1 Advies

Het advies van de WOR ten aanzien van het model voor de geneeskundige GGZ houdt in dat dit model bestaat uit:

- de bestaande criteria leeftijd x geslacht, FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, eenpersoonsadres, GGZ-regio en meerjarig hoge GGZ-kosten;
- verbeterd criterium AvI met een aparte klasse voor duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA) en voor hoogopgeleiden (van 18-34 jaar);
- verbeterd criterium SES met een verdeling naar vier niveaus in plaats van drie en met onderscheid naar instromers en blijvers in institutionele huishoudens;

In het groot onderhoud FKG's is ook aandacht besteed aan de psychische FKG's, maar dat heeft niet geleid tot aanpassingen.

Omdat de validiteit van het kenmerk PPA ter discussie staat, wordt dit ook niet in het GGZ-model 2016 opgenomen. In plaats daarvan blijft het bestaande kenmerk eenpersoonsadres behouden.

3.2.2 Stabiliteit (effect nieuwe data)

De normbedragen geschat met het GGZ-model 2015 vertonen over het algemeen een stabiel patroon van 2012 op 2013. De enkele relatief grote veranderingen zijn meestal goed te verklaren. Wijzigingen in onderzoeksbestanden en normbedragen leiden over het algemeen tot een (lichte) verbetering van de verevenende werking op individu- en verzekeraarsniveau. Voor het niveau van alle onderscheiden subgroepen geldt het omgekeerde.

3.2.3 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

Het model 2015 met de aangepaste SES, AvI en PPA geschat op 2013-data leidt tot enkele veranderingen in de normbedragen ten opzichte van hetzelfde model geschat op 2012-data. De onderzoekers merken hierbij wel op dat bij het berekenen van de normbedragen op 2012-data de kleinstekwadratenmethode is toegepast in plaats van kwadratisch programmeren[7]. Dit maakt een goede vergelijking lastig. De aanpassingen van AvI, SES en PPA hebben vrijwel alleen gevolgen voor de normbedragen van deze criteria zelf. Volgens de onderzoekers lijken het patroon in de normbedragen van de nieuwe AvI, SES en PPA en de effecten daarvan op de verevenende werking stabiel.

3.2.4 Verevenende werking

Het uitgangsmodel 2016 is vergeleken met het vereveningsmodel 2015 (geschat op 2013-data). Veranderingen in normbedragen zijn meestal goed verklaarbaar. Alle beoordelingsmaatstaven wijzen op een lichte verbetering van de verevenende werking. Zo nemen de R^2 en CPM op individuniveau met 0,1 procentpunt toe en neemt de GGAA relatief af. Op verzekeraarsniveau neemt de R^2 toe met 0,2 procentpunt en daalt de bandbreedte met 3,8 euro. De GGAA neemt wel toe, van 6,8 naar 6,9 euro.

[7] In de OT wordt gebruikgemaakt van kwadratisch programmeren, omdat deze methodiek ervoor zorgt dat het model geen negatieve normkosten kan genereren.

3.3 Langdurige GGZ

3.3.1 Advies

De WOR heeft er kennis van genomen dat ten aanzien van de langdurige GGZ de forfaitaire variant niet is doorgerekend in de Overall Toets, maar adviseert die wel te betrekken bij de besluitvorming over de risicoverevening 2016, vanwege de betere verevenende werking. De WOR constateert dat toepassing van een model bestaande uit dezelfde criteria als het model voor de geneeskundige GGZ met daaraan toegevoegd een criterium gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar leidt tot een substantiële verbetering van de verevenende werking.

3.3.2 Stabiliteit (effect nieuwe data)

De kosten van lGGZ vallen in 2015 onder de vaste kosten. In de OT 2015 is wel een model doorgerekend voor de lGGZ met als vereveningscriteria leeftijd/geslacht, GGZ-regio, SES en AvI. Toepassing van dit model op de 2013-data geeft normbedragen die weinig afwijken van die op de 2012-data: de GGAV bedraagt 0,8 euro, gemiddeld per verzekerdenjaar. De WOR merkt hierbij wel op dat het lastig is om beide jaren met elkaar te vergelijken, omdat de kostengrondslag verschilt tussen de jaren.

3.3.3 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria in het vereveningsmodel voor de kosten van langdurige GGZ is niet expliciet getoetst.

3.3.4 Verevenende werking

De kosten van lGGZ vallen in 2015 onder de vaste kosten. In de OT 2015 is wel een model doorgerekend voor de lGGZ met als vereveningscriteria leeftijd/geslacht, GGZ-regio, SES en AvI. Het uitgangsmodel 2016 leidt tot een substantieel betere aansluiting van normatieve op werkelijke kosten dan het in de OT 2015 doorgerekende uitgangsmodel 2015. Dit geldt op alle drie de niveaus. Zo stijgen op individuniveau zowel de R^2 als de CPM met ruim een factor 40. Op subgroepniveau zakt de GGAA niet heel veel (van 13,5 naar 12,1 euro), maar dat komt vooral door het veel grotere aantal subgroepen. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 met ruim 28 procentpunt, wat zich vertaalt in een ruime halvering van de GGAA en een 4,6 euro kleinere bandbreedte.

De verbetering van de verevenende werking is vooral het gevolg van de grote invloed van het criterium gebaseerd op intramuraal GGZ-gebruik in t-1. Dit criterium is verantwoordelijk voor bijna driekwart van al het geld dat het lGGZ-model verevent. De grote invloed van dit criterium leidt er samen met de toegepaste niet-negativiteitsrestrictie toe dat vier criteria (FKG's, AvI, GGZ-regio en PPA) de facto uit het uitgangsmodel 2016 vallen omdat alle normbedragen gelijk zijn aan nul.

3.4 Model voor het verplicht eigen risico

3.4.1 Advies

De WOR adviseert dat het model voor de kosten onder het verplicht eigen risico wordt gebaseerd op dezelfde vereveningscriteria als in 2015. Dit houdt in dat het model bestaat uit de vereveningscriteria: leeftijd x geslacht, regio (somatisch) en het verbeterde criterium AvI met een aparte klasse voor duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA) en voor hoogopgeleiden (van 18-34 jaar). De forfaitaire groep verandert als gevolg van de nieuwe FKG's en DKG's en wordt uitgebreid met verzekerden die worden ingedeeld bij HKG>0.

3.4.2 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het eigenrisicomodel van 2015 is uitermate stabiel. Doorrekening op het huidige onderzoeksbestand met 2013-data levert nagenoeg dezelfde normbedragen en beoordelingsmaatstaven voor verevenende werking op als doorrekening op het onderzoeksbestand van de OT van vorig jaar met 2012-data.

3.4.3 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van het verbeterde criterium AvI in het vereveningsmodel voor de kosten onder het verplicht eigen risico is niet expliciet getoetst.

3.4.4 Verevenende werking

Het uitgangsmodel 2016 is vergeleken met het eigenrisicomodel 2015. De veranderingen in de normbedragen die optreden zijn beperkt en hebben dan ook geen gevolgen voor de verevenende werking.

4. Onderzoeksgegevens

4.1 Representativiteit / volledigheid

De WOR concludeert dat de onderzoeksbestanden 2013 per saldo minimaal van gelijke kwaliteit zijn als de databestanden van 2012.

De ex ante risicovereveningsmodellen zijn gebaseerd op kostengegevens over 2013 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2013. De gegevens over 2013 zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2016 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2014, 2015 en 2016 zijn of worden genomen.

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. In tegenstelling tot voorgaande jaren heeft Vektis geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2013 en 2016 beperkt zijn. Vektis heeft de DBC-declaraties in het gereguleerde segment en van de overige zorgproducten gekoppeld met landelijke tarieven en de DBC-declaraties in het vrije segment met de gemiddelde kostprijzen van 2013. Het resulterende bestand heeft een dekking van 100%.

Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is eveneens sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2013 van Vektis. Vergelijking met gegevens van ZIN laten zien dat BASIC 2013 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van ZIN met gegevens over gedeclareerde DBC's van 2013. In tegenstelling tot vorig jaar is nu in de declaratiegegevens wel informatie over de verblijfsduur beschikbaar, zodat ook intramurale DBC's geschoond konden worden voor opbrengstverrekening. Eerst is gekoppeld met de tarieven van 2013 van DBC-onderhoud. Vervolgens zijn de (verwachte) gevolgen van de invoering van de Generalistische Basis GGZ per 2014 verwerkt. Ten slotte zijn de kosten geaggregeerd naar verzekerdenniveau, waarna de overige GGZ-kosten vanuit BASIC 2013 erbij zijn opgeteld. Evenals bij de somatische kosten is geen ophoging voor balansposten toegepast.

Ten slotte zijn net zoals vorig jaar gegevensbestanden aangeleverd met informatie van declaraties over 2013 van AWBZ-zorg die per 2015 is overgeheveld naar de

Zvw. Dit betreft de kosten van V&V, lGGZ en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten. De kosten van geriatrische revalidatiezorg komen dit jaar voor het eerst niet uit AWBZ-gegevens, maar uit QZ omdat deze zorgprestaties vanaf 2013 onder de Zvw vallen.

De kosten van extramurale verpleging (VP) en van persoonlijke verzorging (PV) zijn hoofdzakelijk bepaald op basis van een voorselectie die Vektis op aangeven van VWS haalt uit het AWBZ-informatiesysteem, dat een volledige dekking van de zorgkantoren kent. De onderzoekers constateren dat de overheveling vanuit de AWBZ naar de Zvw ten opzichte van vorig jaar meer gedetailleerd is uitgevoerd.

4.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties 2013 zijn per vereveningscriterium voor de somatische zorg en de GGZ vergeleken met 2012. De onderzoekers concluderen dat de patronen in 2013 sterk lijken op die in 2012. De veranderingen van 2012 op 2013 zijn in het algemeen beperkt en de afwijkingen goed verklaarbaar.

Voor vrijwel alle volmachten liggen de prevalenties van FKG's, DKG's, HKG's en MHK binnen de range van de prevalenties voor de overige verzekeraars. Waar dat niet het geval is, is veelal sprake van prevalentiestijgingen die ertoe leiden dat volmachten meer gaan lijken op andere verzekeraars. Daarnaast kunnen relatief grote verschillen in prevalenties tussen de jaren meestal goed worden verklaard door verschuivingen in portefeuilles (in-/uitstroom). Dit betekent dat ook de gegevens van volmachten over de vereveningscriteria plausibel zijn.

4.3 Ontwikkeling kostenpatronen

Voor de analyse van de kostenpatronen zijn de kosten verdeeld naar de categorieën overige prestaties, ziekenhuiszorg, geneeskundige GGZ, wijkverpleging en langdurige GGZ. Ook is apart gekeken naar de GRZ en de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG). Beide zijn onderdeel van het somatische model. De GRZ is per 2013 overgeheveld vanuit de AWBZ, de ZG per 2015. In de analyses is gekeken naar totalen en naar de kosten voor subgroepen en vereveningscriteria (risicogroepen).

De kostenpatronen 2013 bij de overige prestaties (exclusief eerstelijnsdiagnostiek) zijn goed vergelijkbaar met die in 2012. Voor risicogroepen waar duidelijke kostenmutaties optreden, is meestal een relatie te leggen met de gewijzigde prevalenties van 2012 op 2013. Ook de kostenpatronen 2013 bij ziekenhuiszorg vertonen grotendeels dezelfde patronen als in 2012. Opvallende kostenmutaties zijn doorgaans verklaarbaar. Op verzekeraarsniveau lijken de veranderingen van 2012 op 2013, op enkele uitzonderingen na, niet veel groter dan in het verleden.

De ZG-kosten vertonen plausibele patronen, die globaal hetzelfde zijn als die van overige prestaties en ziekenhuiszorg. De verschillen tussen 2012 en 2013 zijn beperkt. De veranderingen in GRZ-kosten per vereveningscriterium lijken, ondanks een verschil in brondata, globaal hetzelfde als die van 2011 op 2012. De fluctuaties in de V&V-kosten zijn (gecorrigeerd voor verschillen in de omvang) vergelijkbaar.

Bij de geneeskundige GGZ treedt een aanzienlijke kostenstijging op van 2012 op 2013, die kan worden verklaard door de eigen bijdragen die in 2012 golden voor tweedelijns GGZ-gebruik en die per 2013 weer zijn teruggedraaid. De gemiddelde kosten van geneeskundige GGZ per enkelvoudige risicogroep vertonen in het algemeen stabiele patronen. De mutaties van de gemiddelde kosten per vereveningscriterium zijn veelal lager dan de mutaties van 2011 op 2012.

De kosten van langdurige GGZ lijken van 2012 op 2013 minder te veranderen dan van 2011 op 2012. Gecorrigeerd voor de omvang van de kosten (halvering) is echter sprake van een lichte toename in de fluctuaties. Hierbij dient in ogenschouw genomen te worden dat het aantal lGGZ-gebruikers beperkt is, en de uitkomsten dus gevoelig zijn voor uitschieters.